

**Zespół Szkół**

 **Centrum Kształcenia Ustawicznego
 im. Stefana Batorego**

 *ul. Wodna 1, 62-500 Konin* [*www.zscku.konin.pl*](http://www.zscku.konin.pl/)

 tel./fax (063) 242-89-43, (063) 242-96-06 e-mail: sekretariat@zscku.konin.pl

……………………………………………………… Konin, dnia ………………………….
 Imię i nazwisko

………………………………………………………

………………………………………………………
 Adres zamieszkania

Proszę o zwolnienie syna/córki ……………………………………………………. z zajęć lekcyjnych
w dniach:

…………………………………………………………… o godzinie ……………………………………

…………………………………………………………… o godzinie ……………………………………

…………………………………………………………… o godzinie ……………………………………

Od chwili opuszczenia szkoły ponoszę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo syna/córki pozostającego / pozostającej pod moją opieką w wyżej wskazanych dniach.

Ww. terminy zwolnień obowiązują od dnia ……………………. do następnej zmiany planu

……………………………………………………………
Podpis rodzica